STATE OF WISCONSIN
DEPARTMENT OF WORKFORCE DEVELOPMENT
Division of Workforce Solutions

Autorización para administrar medicamentos

(Authorization to Administer Medication)

Uso del formulario: Mediante la compleción del presente formulario se cumple con los requisitos de *Wisconsin Administrative Code* DWD 55.08(4)(f).

Instrucciones: Complete este formulario antes de administrar cualquier tipo de medicamento. Guárdelo en el legajo del niño cuando ya no se necesite o no se autorice la administración de medicamentos.

La información personal aquí suministrada podrá utilizarse con fines secundarios [*Privacy Law*, s. 15.04 (1)(m)].

Nombre del proveedor del servicio

Nombre del niño	Fecha de nacimiento (mes, día, año)

MEDICAMENTO

Nombre del medicamento	Dosis	Hora de administración	Periodo de administración del medicamento (fechas) - Hasta	Desde
		☐ AM ☐ PM		
		☐ AM ☐ PM		
		☐ AM ☐ PM		
		☐ AM ☐ PM		
		☐ AM ☐ PM		
		☐ AM ☐ PM		
		☐ AM ☐ PM		
		☐ AM ☐ PM		
		☐ AM ☐ PM		
		☐ AM ☐ PM		
		☐ AM ☐ PM		
		☐ AM ☐ PM		

Instrucciones especiales para la administración del medicamento

AUTORIZACIÓN

Por la presente autorizo a que el proveedor de servicios de cuidado infantil indicado anteriormente administre los medicamentos arriba mencionados a mi hijo / a .

FIRMA Padre / madre o tutor	Fecha